

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923-1924 — N° 87

LA
CELLULITE SÉREUSE
ORBITAIRE
consécutive aux Sinusites

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 2 Avril 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre ALSAC

Ancien Externe des Hôpitaux de Toulouse

né à SAIGNES (Cantal) le 12 Août 1898



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

**LA CELLULITE SÉREUSE ORBITAIRE
CONSÉCUTIVE AUX SINUSITES**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923-1924 — N° 87

LA
CELLULITE SÉREUSE
ORBITAIRE
consécutive aux Sinusites

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 2 Avril 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre ALSAC

Ancien Externe des Hôpitaux de Toulouse

né à SAIGNES (Cantal) le 12 Août 1898



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

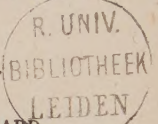
1924

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... MM. H. HUGOUNENQ.
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.



PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale.....	X.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	X.
	PIC.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM. NOGIER.	MM. COTTE.	MM. CORDIER (V.).	MM. MAZEL.
THEVENOT Léon.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FÈVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROLLET, président ; LAROYENNE, assesseur ;
DUROUX et CHALIER A., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MES GRANDS-PARENTS PATERNELS

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE, A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection
et de mon infinie reconnaissance.

A MON FRÈRE

LE PHARMACIEN AIDE-MAJOR ALSAC

Ex-Interne des Hôpitaux

En gage de toute l'affection que lui
porte son aîné.

A MES ONCLES

LES DOCTEURS MAJOUR, GRUAS ET TULOUP

A MES TANTES

A MES COUSINS

A MES AMIS

LES DOCTEURS JALENQUES ET CHABANET

A CEUX QUI ME SONT CHERS

• A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE ROLLET
Professeur de Clinique Ophtalmologique
Officier de la Légion d'Honneur

Il nous a fait le grand honneur de
présider notre thèse. Il nous a inspiré
ce travail et guidé de ses conseils. Qu'il
nous soit permis de lui exprimer notre
respectueuse gratitude.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VALDIGUÏÉ

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Toulouse*

Chevalier de la Légion d'Honneur

En respectueux hommage pour l'attention bienveillante qu'il ne cesse de nous témoigner.

A MES MAITRES

DE L'ECOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND

LES PROFESSEURS

BOUSQUET, BILLARD, BUY, ET MAURIN

Ils furent nos premiers Maîtres, nous
leur devons beaucoup.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE TOULOUSE

LES PROFESSEURS

MOSSÉ, FRENKEL, MARTIN ET SERR

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE LYON

A LA MÉMOIRE GLORIEUSE DE MES CAMARADES
LES MÉDECINS SOUS-AIDE MAJOR
ET LES MÉDECINS AUXILIAIRES
MORTS AU CHAMP D'HONNEUR (1914-1918)

LA CELLULITE SÉREUSE ORBITAIRE CONSÉCUTIVE AUX SINUSITES

INTRODUCTION

On entend par cellulite séreuse orbitaire une infiltration œdémateuse, une fluxion du tissu celluloadipeux de l'orbite et des tissus cellulaires palpébraux et sous-conjonctivaux.

C'est M. le Professeur Rollet, nous dit Lemaître, qui, en 1908, prononça le mot de fluxion orbitaire de voisinage. Dans son article sur les complications orbito-oculaires des sinusites, en 1909,, M. le Professeur Rollet écrit : « Il y a, du côté de l'œil, une propulsion, « une gêne circulatoire et des compressions nerveuses « simulant les symptômes de l'inflammation du tissu « cellulaire de l'orbite ; il n'y a pas de véritable phlegmon de voisinage, mais seulement fluxion orbitaire « de voisinage. »

Morax, Lubet et Sebillieu en auraient observé plusieurs cas, mais n'ont rien publié à ce sujet. Il faut attendre le Congrès d'Oto-Rhino-Laryngologie de 1921, pour voir une étude de cette affection dans le rapport du Docteur Lemaître sur les complications orbito-oculaires des sinusites. Très récemment, à la

Société d'Ophthalmologie de Lyon, en mars 1923, le Docteur Bertein en apportait une observation, et, dans la discussion, qui suivit la présentation, M. le Professeur Rollet rappelait un cas semblable, qu'il avait observé.

Comme on le voit, cette affection n'a été individualisée que depuis bien peu de temps. Cependant, sa physionomie très spéciale doit la faire séparer des autres complications oculo-orbitaires des sinusites. Ayant eu la bonne fortune d'en observer un cas à la Clinique Ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu, et guidé par M. le Professeur Rollet, nous avons fait de l'étude de cette affection le sujet de notre travail.

Cette étude est, en effet, intéressante à plusieurs points de vue. D'abord, à cause de la difficulté que l'on rencontre quelquefois à différencier la cellulite séreuse d'avec un phlegmon de l'orbite, dont on connaît la gravité, alors qu'au contraire la cellulite séreuse est d'une bénignité relative. De plus, sa constatation doit attirer l'esprit du côté des sinus, car l'affection constitue fréquemment le symptôme révélateur d'une sinusité subaiguë, qu'on le plus grand intérêt à ne point méconnaître. Enfin, autre point, son traitement immédiat est fait d'abstention chirurgicale, contrairement à celui de la plupart des autres complications oculo-orbitaires des sinusites.

Mais, avant de commencer notre travail, c'est pour nous un devoir, doublé d'un plaisir, d'exprimer notre profonde reconnaissance à M. le Professeur Rollet, qui voulut bien nous prodiguer ses conseils et qui fut pour nous un guide bienveillant.

CHAPITRE PREMIER

Notions anatomiques.

Le sinus frontal.

La face inférieure, ou paroi ophtalmique, nous intéresse seule. Ses rapports sont différents, suivant la grandeur du sinus. Si le sinus est petit, les rapports de la paroi inférieure et de l'orbite offrent peu d'intérêt au point de vue pathologique. Car les sinusites compliquées n'aiment pas les petits sinus. Quand le sinus est moyen, les rapports ont plus d'intérêt ; mais c'est dans le cas de grand sinus que les rapports sont d'un intérêt capital au point de vue pathologique. Car les sinusites se développent et se compliquent dans les grands sinus.

La portion orbitaire de la face inférieure se présente à l'état sec, sous la forme d'une lame triangulaire. Sa face supérieure convexe est rugueuse et criblée de petits pertuis. Elle constitue la plus grande partie du plancher du sinus frontal. Sa face inférieure concave, parfaitement lisse, représente la plus grande

partie du plafond orbitaire. Elle appartient entièrement à l'os frontal ; elle est sans suture et le pus sinusale, pour envahir l'orbite, doit l'effondrer. Cette lame, formée de tissu compacte, est très mince et facile à effondrer. Chez certains sujets, elle présente de véritables déhiscences. De plus, elle possède de tout petits orifices, qui donnent passage à des artérioles, branches de l'artère ophtalmique, à des veinules, qui vont à la veine ophtalmique supérieure et à des filets nerveux ethmoïdaux ou sus-orbitaires.

Les cellules ethmoïdales.

Nous n'étudierons que les cellules du côté orbitaire.

La paroi orbitaire des cellules ethmoïdales est constituée par la lame papyracée de l'os planum, qui est une fine barrière osseuse, formant toute la paroi interne de l'orbite à ce niveau. Cette barrière est mince et fragile ; cependant, l'os planum n'est pas uniformément mince. Son épaisseur augmente en allant d'avant en arrière ; de plus, il existe assez fréquemment des déhiscences au niveau de l'os planum. Ces déhiscences, qui siègent à l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs, mettent en contact direct la muqueuse ethmoïdale et le périoste orbitaire. Ce qui explique les réactions orbitaires à type fluxionnaire, que l'on rencontre si souvent dans les suppurations ethmoïdales.

Nous rappellerons que les cellules de l'ethmoïde antérieur, qui entourent le canal frontal, partagent

les destinées de ce sinus; l'ethmoïdite antérieure accompagnant habituellement la sinusite frontale, tandis que les cellules de l'ethmoïde postérieur participent aux destinées du sinus sphénoïdal. On peut donc répartir, comme le fait remarquer le Docteur Lemaître, les cavités sinusales en deux systèmes : fronto-ethmoïdal antérieur (auquel s'ajoute le sinus maxillaire), et sphéno-ethmoïdal postérieur.

Enfin, les communications entre l'ethmoïde et l'orbite sont établies par les vaisseaux perforants transunguéaux et les artères, les veines et les nerfs ethmoïdaux antérieurs et postérieurs.

Le sinus maxillaire.

Nous avons vu que la face orbitaire du sinus frontal formait à la fois le plancher de ce sinus et le plafond de l'orbite ; de même, la face orbitaire du sinus maxillaire forme à la fois le plafond de ce sinus et le plancher de l'orbite.

Cette paroi ophtalmique du sinus maxillaire est oblique de haut en bas, d'arrière en avant et de dedans en dehors. Elle est limitée par le rebord orbitaire inférieur en avant, la suture du maxillaire supérieur avec l'unguis et l'os planum en dedans, et la suture du maxillaire supérieur avec le malaire et la lèvre interne de la fente sphéno-maxillaire en dehors. Epaisse et spongieuse aux confins du rebord orbitaire inférieur, elle est mince et translucide dans ses portions moyennes et reculées.

Elle est sillonnée, d'avant en arrière, d'abord, par le canal, puis, par la gouttière sous-orbitaire, qui livre passage au nerf maxillaire supérieur. Mais ce qui présente pour nous un intérêt particulier, c'est que le fond de cette gouttière osseuse est creusée de déhiscentes à l'état normal. La paroi inférieure montre les alvéoles des dents sinusiennes.

La graisse orbitaire.

La graisse orbitaire, de consistance demi-fluide, est plus ou moins cloisonnée par des tractus fibreux, qui émanent des formations fibreuses voisines (périoste, capsule de Tenon, gâines musculaires). C'est un véritable tissu de remplissage, dans lequel baignent les organes appartenant à la loge rétrocapsulaire. Ce tissu résiste mal à l'infection. Sa participation au processus suppuratif d'origine sinusienne peut se manifester sous la forme d'un phlegmon de l'orbite ou d'une simple cellulite séreuse.

Les paupières.

La partie superficielle des paupières est constituée par quatre plans : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, une couche musculaire et le tissu cellulaire sous-musculaire.

Le tissu cellulaire sous-cutané, qui renferme peu ou pas de graisse, est extrêmement lâche, le pus le distend très facilement ; il s'œdématie, dès qu'une

collection se forme dans le voisinage ou même à distance.

Le tissu cellulaire sous-musculaire est non moins lâche que le précédent, et, comme lui, réagit à la plus légère inflammation de voisinage.

La circulation artérielle des paupières est assurée par des artères nombreuses et d'origine variée, qui forment un double réseau pré et rétro-tarsien. Cette riche vascularisation explique la grande vitalité des paupières et leur résistance aux infiltrations considérables qui, sans elle, aboutiraient souvent au sphacèle.

Les nerfs moteurs sont constitués par un des trois filets du facial supérieur. Les nerfs sensitifs proviennent des branches du trijumeau. Aussi, existent-ils des douleurs violentes dans les infiltrations ou les abcès palpébraux.

Le tissu cellulaire sous-conjonctival.

Le tissu cellulaire sous-conjonctival, qui double la conjonctive, est essentiellement variable. Très réduit au niveau de la conjonctive palpébrale, la muqueuse conjonctivale adhèrent intimement au tarse ; il fait totalement défaut en avant de la cornée. Par contre, il est très lâche et abondant au voisinage de la sclérotique et se continue insensiblement au niveau des culs-de-sac avec la capsule de Tenon. Cette disposition explique l'apparition immédiate en cas de lésions orbitaires d'un œdème sous-conjonctival, d'un chémosis.

CHAPITRE II

Etiologie.

Tout d'abord, quelle est la fréquence de la cellulite séreuse orbitaire parmi les réactions orbitaires dues aux sinusites ? Le peu d'observations encore recueillies de cette affection ne nous permet pas de répondre, serait-ce même approximativement. Mais on peut affirmer que, quoique peu fréquentes, elles ne sont cependant pas rares.

Envisageant maintenant la question de l'âge, nous dirons qu'on observe cette affection à tous les âges de la vie; mais c'est surtout chez les sujets jeunes qu'on la rencontre le plus souvent. Mahu rapporte à la Société d'Oto-Rhino-Laryngologie le cas d'une fillette de 12 ans. Dans les observations que nous publions, il y a celle d'un enfant de 10 ans, toutes les autres concernent des sujets de 20 à 30 ans, à l'exception de celle d'un homme de 58 ans. Cette fréquence chez les jeunes s'explique, bien que les sinus n'atteignent leur complet développement qu'autour de la

vingtième année, et que les sinusites soient rares avant cette période de la vie. Les parois orbitaires des sinus non encore ossifiés sont, en effet, extrêmement friables. Dès que la sinusite est installée, la barrière, qui sépare le pus sinusien de la cavité orbitaire, est extrêmement mince et, par conséquent, fréquentes seront les complications orbitaires, malgré la rareté des sinusites à cet âge.

Parmi les sinusites, c'est surtout la sinusite subaiguë, qui se complique de cellulite séreuse orbitaire. Nous n'avons qu'un cas d'ethmoïdite chronique. D'ailleurs, cette notion s'applique à toutes les formes des réactions orbitaires d'origine sinusienne. Les sinusites réchauffées ne sont jamais en cause, car, quand elles se réchauffent, elles donnent des formes plus graves que la simple cellulite séreuse.

C'est la sinusite subaiguë, d'origine grippale, qui est, le plus souvent, en cause ; nous n'avons qu'un cas de sinusite maxillaire d'origine dentaire.

Le sinus frontal est, de tous les sinus, le plus souvent responsable, aussi est-ce à lui qu'on doit penser, quand on constate une cellulite séreuse.

L'ethmoïdite accompagne quelquefois la sinusite frontale. On comprend cela aisément en se rappelant que les cellules de l'ethmoïde antérieur entourent le canal frontal. Aussi voit-on, comme lésion causale, la fronto-ethmoïdite (Observation V). D'ailleurs, l'ethmoïdite peut être aussi seule en cause (observation VI).

L'agent pathogène était le pneumocoque dans notre observation. Dans celles que le Docteur Lemaître publie, les agents pathogènes ne sont point mention-

nés ; de même, pour l'observation du Docteur Ber-
tein, M. le Professeur Rollet, ayant étudié le pus sinu-
sien dans d'autres formes de complications orbitaires
des sinusites, a montré que l'on trouvait surtout le
streptocoque, le pneumocoque et le staphylocoque. D'au-
tre part, Lannois fait remarquer que le degré de viru-
lence des microbes est un facteur des plus importants
dans l'éclosion des complications sinusiennes orbi-
taires ou autres et de leurs formes. Aussi, avons-nous
tout lieu de croire que, dans la forme qui nous occupe,
ce sont les mêmes agents pathogènes signalés par
M. le Professeur Rollet, mais à virulence diminuée.

CHAPITRE III

Pathogénie.

La rétention du pus dans la cavité sinusienne est à l'origine de la cellulite séreuse orbitaire. Cette rétention est due à une obstruction d'origine inflammatoire du canal fronto-nasal, ou bien à des polypes, comme dans notre observation V. La fragilité de la paroi orbitaire du sinus frontal, qui est mince et souvent déhiscente, la minceur extrême des cellules ethmoïdales du côté orbitaire expliquent le retentissement rapide de la rétention purulente sur le contenu orbitaire, et surtout sur le tissu cellulo-adipeux. La cellulite séreuse est donc une *fluxion par rétention purulente de voisinage*.

Le pus peut filtrer à travers la paroi sinusienne, en quantité minime, ou bien les toxines microbiennes, peut-être, sont-elles capables, à elles seules, de provoquer la réaction fluxionnaire. Ces deux hypothèses expliqueraient le fait que l'affection s'arrête à l'état fluxionnaire, régresse et ne passe pas à la suppuration.

Il faut aussi tenir un large compte de la virulence amoindrie de ou des agents pathogènes.

En pathologie, les fluxions de voisinage ne manquent pas. On peut rapprocher ce qui se passe dans l'orbite de ce que se passe au niveau de la mastoïde, dans certains cas de mastoïdites. Les téguments de la région mastoïdienne sont empâtés ; on pourrait croire à une mastoïdite en voie d'extériorisation ; en quelques heures, sous l'influence des révulsifs, tout rentre dans l'ordre ; il y a eu simplement une réaction fluxionnaire intense.

Lemaitre croit pouvoir rapprocher de la cellulite séreuse orbitaire certaines manifestations périorbitaires de type érysipéloïde, que l'on désigne sous le nom de fluxions cataméniales, lorsqu'elles se produisent périodiquement chez la femme. Mouret et Seigneurin pensent que ces phénomènes de congestion oedémateuse sans pus relèvent du mécanisme suivant : des porteurs de germes, plus spécialement des porteurs de streptocoques atténués, sous des influences générales ou locales, qui exaltent la virulence microbienne, font des poussées inflammatoires qui, parties du cavum ou des fosses nasales, gagnent les sinus, plus spécialement le sinus frontal, et de là, diffusent vers les téguments, à travers les points les plus faibles de la paroi sinusienne.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique.

La graisse orbitaire réagit la première et sa souffrance se traduit par une infiltration séreuse, qui la distend. Mais cette distension n'est jamais considérable, c'est ce qui explique que l'exophtalmie soit légère. Sa réaction est rapide, mais il en va de même de sa régression ; cependant, une fois atteinte, la graisse orbitaire semble garder une certaine sensibilisation.

Le Docteur Bertein qui, dans un cas, a ouvert l'orbite, a donné issue à de la sérosité mêlée au sang. Les paupières présentent une réaction plus violente. La lésion siège dans le tissu cellulaire sous-cutané et le tissu cellulaire sous-musculaire. Une infiltration séreuse considérable envahit les mailles de ce tissu très lâche, qui se laisse distendre à l'excès. Mais cette distension extrême n'entraîne jamais à sa suite de sphacèle.

Les lésions conjonctivales consistent en une distension par de la sérosité du tissu cellulaire sous-conjonctivale. Ce tissu cellulaire est très lâche et très abondant au niveau de la conjonctive sclérale ; aussi, le chémosis est-il un chémosis surtout sclérale, la lésion de la conjonctive palpébrale est, au contraire, discrète.

En somme, les lésions se résument en une infiltration séreuse de tous les tissus cellulaires périoculaires avec prédominance marquée pour le tissu cellulaire palpébral.

CHAPITRE V

Symptomatologie.

Dans l'étude symptomatologique de cette affection, il convient de décrire deux types cliniques. D'abord, le type superficiel palpébral, dans lequel la fluxion n'intéresse que les paupières, et le type profond orbitaire, dans lequel la fluxion envahit l'orbite. Celui-ci correspond au pseudo-phlegmon orbitaire, celui-là au pseudo-abcès palpébral.

Type superficiel palpébral.

Le début des accidents survient, en général, trois à quatre jours après l'apparition de la sinusite.

LES SIGNES SUBJECTIFS apparaissent les premiers, ils consistent en des douleurs spontanées très violentes au niveau des paupières. Ces douleurs s'irradient dans la région sus et sous-orbitaire ; elles sont dues à la

distension énorme des paupières. L'état général paraît touché ; la température est à 40 degrés et se maintient ainsi pendant la durée de l'affection.

LES SIGNES OBJECTIFS apparaissent ensuite.

C'est l'*œdème palpébral* qui est le principal. Les paupières sont considérablement œdématisées ; le sujet ne peut les ouvrir, et cela, aussi bien à la paupière supérieure qu'à la paupière inférieure. Malgré cela, la peau ne présente aucune modification de coloration ; elle est à peine chaude ; si on la palpe, en aucun point, on ne trouve de la fluctuation.

Les *signes oculaires* sont négatifs, pas d'exophtalmie, pas de chémosis, pas de conjonctivite, pas de diplopie. La vision est normale, les pupilles et le fond de l'œil aussi.

Les *symptômes de sinusite* consistent, lorsqu'il s'agit de sinusite frontale, en douleurs provoquées, pénibles, quand on palpe la paroi antérieure et la paroi inférieure du sinus frontal. De plus, on note la présence de pus en abondance dans le méat moyen du côté intéressé, à l'examen rhinoscopique.

Type profond orbitaire.

Plus intéressante est cette deuxième forme, à cause de sa ressemblance, quelquefois si frappante, avec un début de phlegmon de l'orbite.

Le début a lieu, comme dans la forme précédente, trois ou quatre jours après l'apparition de la sinusite causale.

LES SYMPTÔMES SUBJECTIFS apparaissent les premiers. Les douleurs spontanées n'existent que quand il y a sinusite frontale. Elles sont péri-orbitaires, s'irradient dans toute la tête, mais surtout du côté atteint; elles sont toujours très pénibles; de même, il existe de la douleur au niveau de l'œil.

LES SYMPTÔMES OBJECTIFS font suite rapidement aux signes subjectifs.

C'est d'abord l'*œdème palpébral*, qui est moins considérable que dans la forme précédente; il est plus remarqué à la paupière supérieure, qui ne peut s'ouvrir spontanément. Cependant la peau ne présente aucun changement de coloration. Si on palpe, on ne trouve aucun point de fluctuation. Cet œdème, au cours de l'évolution de l'affection, peut présenter des poussées de régression et d'augmentation. L'œdème des régions sus et sous-orbitaires accompagne l'œdème palpébral. L'œdème sus-orbitaire est plus marqué que l'œdème sous-orbitaire, quand il s'agit de sinusite frontale. C'est l'inverse, quand il s'agit d'ethmoïdite et surtout de sinusite maxillaire.

L'*exophthalmie* est la règle, cependant, elle est toujours légère. Elle coïncide avec un abaissement du globe oculaire qui, dans l'observation III, était d'un centimètre environ.

Le *chémosis* n'est pas toujours observé; notre malade en présentait, de même que le malade du Docteur Bertein, alors que, dans les quatre observations rapportées par le Docteur Lemaître, il n'a jamais été noté. C'est un chémosis discret, et toujours sclérale, surtout marqué en bas.

La *conjonctive*, quand elle existe, se limite à une simple rougeur de la conjonctive bulbaire. Les mouvements de l'œil atteint peuvent être légèrement limités, quand ils le sont, il existe de la douleur, lorsque l'œil se meut. Notre malade souffrait, si on lui disait de regarder à gauche.

La *diplopie* n'a été observée que chez un enfant de 14 ans examiné par Morax et chez le soldat du Docteur Bertein.

Le *larmolement* n'est pas toujours observé ; cependant, chez notre malade, il était assez abondant.

La *vision, en général, n'est jamais touchée* ; on ne note pas de baisse ; notre malade avait $Vog = 1$; cependant le soldat du Docteur Lemaître (Observation IV), avait $Vog = 1/3$.

Les *réflexes pupillaires*, de même que la tension et le fond de l'œil sont toujours normaux.

La *palpation* de la paroi intérieure et de la paroi inférieure du sinus frontal, en cas de sinusite frontale est extrêmement douloureuse. Si c'est, au contraire, le sinus ethmoïdal, qui est atteint, on ne réveille aucune douleur à la palpation en aucun point.

L'*écoulement nasal*, au cours de l'affection est toujours insignifiant ; il peut être séreux ou purulent. Notre malade présentait un écoulement séreux. Ce n'est qu'au moment de la disparition des symptômes que l'écoulement nasal est devenu franchement purulent et très abondant.

L'*examen de la cavité nasale* révèle la présence de pus qui stagne et donne l'impression de mal se drainer, c'est surtout au niveau du méat moyen du côté atteint que l'on fait cette constatation.

Les *signes généraux*, lorsqu'ils existent, sont toujours très marqués.

La température atteint 40 degrés et persiste pendant toute la durée de l'affection et cesse brusquement. L'état général paraît touché ; il existe de la céphalée et de l'insomnie.

Type mixte palpébro-orbitaire.

Nous croyons devoir ranger sous ce titre une forme où il existe à la fois de l'œdème palpébral assez prononcé, comme dans le type superficiel et de l'exophtalmie, comme dans le type profond. Notre observation I est une forme mixte palpébro-orbitaire.

CHAPITRE VI

Evolution et Pronostic.

La symptomatologie nous a montré une phase de début caractérisée par l'apparition brusque de manifestations orbitaires, qui paraissent devoir évoluer à grand fracas. Quatre à cinq jours en moyenne se passent et, sans intervention, ces phénomènes bruyants disparaissent. La même rapidité qui a présidé à leur apparition, préside à leur disparition. Autres caractères de l'évolution : les lésions apparentes appellent, en quelque sorte, le bistouri ; mais si on intervient, on ne trouve pas de pus. Telle est l'évolution de la forme franche.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Quelquefois, la durée de l'évolution est plus longue. Dans ce cas, elle peut être coupée par des périodes d'augmentation et de rétrocession de l'œdème. Le soldat de Lemaître avait, en effet, présenté, cinq jours après le début de l'affection, une amélioration sensible ; on cessa le traitement, quand, soudain, l'œdème réapparut plus

marqué que jamais, mais il cessa définitivement cinq jours après la reprise du traitement.

La guérison, chez notre malade, fut annoncée par la débâcle purulente, qui marqua la fin de la rétention sinusienne. En une nuit elle vit disparaître tous les phénomènes.

A côté des formes fluxionnaires pures, il existe des états fluxionnaires qui marquent le début des formes suppuratives. Abandonnés à eux-mêmes, ces états évoluent vers la suppuration, mais, si on intervient aussitôt, l'état fluxionnaire rétrocede.

Le pronostic, en général favorable, comporte cependant quelques réserves. Si, en effet, la cellulite séreuse orbitaire est bénigne et guérit spontanément, la cause qui l'a engendrée persiste après elle, puisque l'affection nécessite l'intervention qui, du même coup, aurait guéri la sinusite causale. La complication n'existe plus, mais la sinusite demeure, avec toutes ses menaces. Or, telle sinusite qui, une première fois, n'a donné lieu, du côté de l'orbite, qu'à de simples phénomènes fluxionnaires, peut, ultérieurement, engendrer des complications inflammatoires suppurées beaucoup plus graves. Lemaître, dans son rapport, a insisté sur ce point important du pronostic et, dans une observation que nous lui empruntons (Observation VI), on voit qu'un petit malade, qui avait présenté, à 10 ans, une cellulite séreuse, quatre ans après, fit une forme suppurée à variété phlegmoneuse simple.

Par conséquent, on peut dire que c'est le traitement qu'on appliquera à la sinusite, qui commande le pronostic.

CHAPITRE VII

Diagnostic.

Diagnostic positif.

Les caractères de l'œdème palpébral, l'exophtalmie légère, le chémosis peu marqué, l'intégrité de la vision et les douleurs périorbitaires feront faire le diagnostic de l'affection.

En présence d'une cellulite séreuse orbitaire, on doit immédiatement explorer les sinus pour découvrir la sinusité causale.

DIAGNOSTIC DU SINUS ATTEINT

Pour cela, nous possédons plusieurs moyens :

D'abord la Rhinoscopie antérieure permet de préciser l'origine du pus. Quand, avec un tampon de ouate, on enlève le pus, on le voit réapparaître immédiatement, dans le cas de sinusite frontale ou maxillaire. Mais si, après un lavage, qui débarrasse plus complètement le méat moyen, le pus réapparaît im-

médiatement, il s'agit d'une sinusité frontale ou d'une ethmoïdite antérieure.

La *diaphanoscopie* peut aussi rendre des services, C'est ainsi, par exemple, que la lampe de Furet permet d'éclairer simultanément les deux sinus frontaux. L'absence d'un croissant lumineux sus-orbitaire, son extrême réduction d'étendue, et de clarté, comparativement à celui du côté opposé, est une présomption en faveur d'une sinusité frontale. Les variations de dimension de siège et d'épaisseur des parois des sinus frontaux rendent la diaphanoscopie souvent illusoire.

La *Radiographie* donne plus de certitude. Malot et Sargnon, au Congrès de Radiologie de 1914, ont insisté sur l'utilité de la radiographie dans le diagnostic des sinusités de la face. Le Docteur Lemaître, dans son rapport à la Société Française d'O.-R.-L., en 1921, en fixe la technique et les résultats. Nous lui empruntons les notions qui suivent :

Pour juger de l'état des sinus frontaux, ethmoïdaux et maxillaires, il est nécessaire d'en pratiquer l'examen comparatif. Cet examen nécessite deux radiographies de face. L'une destinée à étudier les sinus frontaux et les ethmoïdes aura son rayon normal centré, un peu au-dessous de la racine du nez, l'autre destiné à étudier les sinus maxillaires, aura son rayon normal centré sur le milieu des fosses nasales. Dans la première le sujet aura la tête légèrement défléchie en arrière, afin de déjeter sur les sinus maxillaires l'ombre toujours gênante de la base du crâne. Dans la deuxième le sujet aura la tête fortement fléchie en

avant, afin de déjeter la base du crâne sur les régions orbito-frontales.

En cas de lésions unilatérales, l'opacité du ou des sinus malades, fait contraste avec la transparence du ou des sinus correspondants, et la moindre transparence est facile à constater. En cas de lésions bilatérales, l'interprétation est plus délicate, surtout en ce qui concerne les sinus frontaux. Normalement la transparence des sinus frontaux est à peu près la même que celle des cavités orbitaires. Si donc deux sinus frontaux, de transparence égale, sont tous deux nettement moins clairs que les plages orbitaires avoisinantes, il y a tout lieu de croire que les deux sinus frontaux, quoique de transparence égale, sont tous deux pathologiques.

On sait également qu'une opacité sinusienne manifeste ne signifie pas toujours sinusité, la plupart des sinus frontaux ou maxillaires curettés et complètement guéris se présentent sur les épreuves radiographiques plus sombres que des sinus pleins de pus. Le tissu fibreux cicatriciel, qui comble ces sinus, est, en effet, plus opaque aux rayons que la muqueuse sinusienne fongueuse et baignée de pus.

De plus, des ethmoïdes parfaitement normaux peuvent apparaître franchement opaques sur les épreuves radiographiques. Leur opacité est due à ce fait qu'ils peuvent être recouverts par des traînées purulentes venues du sinus frontal ou du sinus maxillaire infectés.

Les résultats fournis par la radiographie sont donc précieux dans le diagnostic du sinus atteint, mais le

cliché doit être exécuté selon une technique spéciale à chaque sinus et, dans l'interprétation, il faut superposer les données de la clinique et les données de la radiographie.

Diagnostic différentiel.

Nous étudierons d'abord le diagnostic différentiel de la forme palpébrale de la cellulite séreuse, puis celui de la forme orbitaire.

1. — Forme superficielle.

Le diagnostic différentiel de cette forme est à faire avec toutes les affections s'accompagnant d'œdème palpébral. Nous n'envisagerons que les quatre affections suivantes : l'abcès palpébral, l'œdème palpébral angio-neurotique, la pustule maligne et l'érysipèle des paupières.

L'abcès palpébral. — La paupière présente une rougeur diffuse, mais le toucher révèle, dès le début de l'affection, un point induré. A mesure que le gonflement augmente, ce noyau s'agrandit, puis se ramollit, et s'abcède. Le diagnostic est facile, car, dans la forme palpébrale de la cellulite séreuse, la paupière ne présente aucun point d'induration, elle est uniformément tendue, et jamais il n'y a de changement de coloration de la peau comme dans l'abcès palpébral.

L'œdème palpébral angio-neurotique. — La tuméfaction apparaît brusquement et disparaît rapidement en quelques heures. Il n'y a que peu de douleurs, c'est plutôt de la gêne due à la distension, alors que dans la cellulite les douleurs sont violentes. L'apparition de l'œdème angio-neurotique est précédée d'une sensation de prurit, de picotement. On peut voir de semblables œdèmes en d'autres points du corps. Enfin l'état général n'est jamais atteint.

La Pustule maligne. — L'œdème est dans ce cas encore plus volumineux que dans la cellulite séreuse. Il envahit les régions faciales avoisinantes. La peau est gonflée, luisante, puis on voit apparaître une macule rouge, suivie de la vésicule caractéristique. Le tout évoluant avec des phénomènes généraux graves (frissons, prostration, etc.). Comme on le voit tous ces symptômes sont différents de ceux de la cellulite. Ce n'est guère qu'à l'extrême début de l'affection que le diagnostic différentiel se pose, et encore l'allure envahissante de l'œdème et l'apparition des vésicules lèveraient vite le doute, s'il existait.

L'Erysipèle des paupières. — Plus délicat est ce diagnostic, car l'érysipèle des paupières revêt quelquefois une allure légère, subaiguë. Les paupières sont seules tuméfiées et un peu la racine du nez, mais cependant elles sont rouges, et d'une rougeur assez prononcée.

A la palpation, la tuméfaction offre une consistance pâteuse qu'on ne rencontre pas dans la cellulite sé-

reuse. Malgré cela, pas de fièvre, peu ou pas de douleurs, tandis que dans la forme palpébrale de la cellulite séreuse, il y a fréquemment de la fièvre et des douleurs palpébrales violentes. De plus, au bout de quelques jours, dans l'érysipèle, la peau desquame, en même temps que la tuméfaction disparaît.

Ces formes d'érysipèle subaiguë sont d'ailleurs récidivantes. Nous avons rappelé au chapitre de la pathogénie, quels étaient les liens qui unissaient ces formes érysipéloïdes avec la cellulite séreuse d'origine sinusienne.

Nous ne citerons que pour mémoire la forme franche et aiguë de l'érysipèle palpébral; l'extension rapide du processus streptococcique, avec ses signes propres, et le bourrelet érysipélateux caractéristique rendent le diagnostic différentiel plus que facile.

2. — La forme orbitaire.

En ce qui concerne cette forme de la cellulite séreuse, nous envisagerons son diagnostic différentiel d'avec les affections s'accompagnant d'exophtalmie, d'œdème palpébral et de chémosis; c'est-à-dire le phlegmon de l'orbite, la ténonite et la thrombo-phlébite des sinus caverneux.

Le Phlegmon de l'orbite. — Ce que nous avons dit au cours des chapitres précédents indique déjà que quelquefois le diagnostic différentiel entre les deux affections peut être extrêmement difficile. Dans le phlegmon, l'exophtalmie est plus considérable, le ché-

mosis est plus marqué; l'œil est comme figé dans la loge orbitaire; alors que dans la cellulite séreuse, les mouvements sont toujours possibles. Les paupières et la conjonctive sont rouges dans le phlegmon, dans la cellulite la conjonctive est à peine touchée, et les paupières ne présentent aucune modification de coloration.

Les symptômes généraux sont plus graves que dans la cellulite, il y a souvent des phénomènes cérébraux (vomissements, ralentissement du pouls), la vision est très diminuée, quelquefois abolie. *C'est le contraire dans le pseudo-phlegmon où la vision n'est en général pas affectée*, où si elle l'est, ce n'est que très légèrement. L'évolution du phlegmon s'accompagne de lésions cornéennes.

Il y a de la papillite. Malgré ces nombreux points de différence entre les deux affections, le diagnostic au début peut demeurer hésitant; aussi, pour le trancher, Lemaître croit-il qu'il vaut mieux pratiquer une ponction exploratrice au bistouri de la cavité orbitaire, qui ramène du pus dans le cas de phlegmon. M. le Professeur Rollet pense que l'état d'intégrité du nerf optique peut guider le diagnostic.

La Ténonite. — Comme dans la cellulite séreuse, les paupières sont fortement œdématiées, et sans modification de coloration. L'exophtalmie est aussi peu marquée, mais par contre l'œil est presque immobile. Si dans la cellulite séreuse, la conjonctivite n'est pas plus forte que dans la ténonite, par contre dans cette dernière, le chémosis est très développé. La cornée est

presque recouverte par le bourrelet œdémateux. Il y a toujours de la diplopie et les douleurs sont modérées, ce sont plutôt une sensation de pesanteur et de tension oculaire.

La durée de l'évolution de la ténionite est beaucoup plus longue (15 à 20 jours) que celle de la cellulite séreuse.

La Thrombo-Phlébite des sinus caverneux. — L'exophtalmie est intense, le chémosis rouge violacé, de plus l'affection débute par des symptômes généraux propres aux grandes pyrexies et la température est en aiguilles, caractéristique de la septicémie. Les douleurs siègent dans la région occipitale, dans la nuque, au vertex.

L'évolution est très rapide, en quelques heures il y a de la paralysie du moteur oculaire commun, du moteur oculaire externe, du pathétique. Ses lésions peuvent envahir le côté opposé.

Comme on le voit, tous ces signes sont bien différents de ceux que l'on observe dans la forme orbitaire de la cellulite séreuse et le diagnostic entre les deux affections mérite à peine d'être envisagé.

CHAPITRE VIII

Traitement.

Nous avons vu qu'un des caractères essentiels de l'affection était de guérir sans intervention. Sous l'influence de révulsifs, surtout de compresses chaudes appliquées sur le globe de l'œil, d'attouchements coïnés au niveau du méat moyen et de quelques inhalations, l'affection disparaît. Cependant toutes les manœuvres endo-nasales susceptibles de faciliter le drainage, sont recommandables, à condition de n'être pas traumatisantes.

Cette ligne de conduite faite d'abstention chirurgicale est en opposition avec celle, qui s'impose dans les formes suppuratives. Nous avons insisté au chapitre du diagnostic différentiel pour montrer la difficulté que l'on rencontre à affirmer que l'on se trouve en présence d'un pseudo-phlegmon, relevant de la simple cellulite séreuse, qu'il est inutile d'inciser, et non d'un vrai phlegmon, relevant d'une forme suppurative, qu'il faut inciser. C'est à des erreurs de ce

genre, que Lemaître attribue l'évolution fatale, qui a pu être observée au cours des formes en apparence fluxionnaire, mais qui ne l'étaient pas en réalité. Aussi préconise-t-il d'explorer la cavité orbitaire avec une fine lame de bistouri. On aura des renseignements qui, précisant le diagnostic, détermineront la conduite à tenir. *Mais nous croyons, avec M. le Professeur Rollet, que l'état du nerf optique est un guide précieux.* Car si la vision n'est pas touchée, on peut différer toute exploration de la cavité orbitaire. Nous signalerons l'opinion soutenue à la Société d'Ophtalmologie de Lyon par M. le Docteur Bertein. Pour lui le diagnostic de la nature de l'épanchement étant toujours douteux, il vaut mieux, à son avis, ouvrir sinus et orbite.

En ce qui concerne l'intervention sur le sinus, comme le dit le Docteur Lemaître, elle doit être différée. Mais elle doit, par contre, *être sans faute pratiquée ultérieurement.* Nous rappelant que telle sinusité, qui, une première fois, a engendré une complication orbitaire bénigne, puisque s'arrêtant à une simple cellulite séreuse, peut se réveiller et provoquer des complications beaucoup plus graves (observation VI). L'intervention sur le sinus s'impose d'autant plus plus qu'elle est alors pratiquée dans d'excellentes conditions.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*Inédite*)

(Clinique ophtalmologique du Professeur ROLLET)

Cellulite séreuse orbitaire, symptomatique d'une sinusité frontale

Veuve Poul..., 32 ans, vendeuse à Lyon, entre le 18 janvier 1923, salle Sainte-Claire, lit n° 7, à l'Hôtel-Dieu.

En octobre 1922, la malade a fait une broncho-pneumonie, qui a nécessité trois semaines de repos au lit. L'état général s'est rapidement rétabli.

Vers le 10 janvier 1923 apparaît un violent coryza, localisé uniquement du côté gauche. L'écoulement nasal à cette époque n'était pas purulent.

Le 15 janvier apparition brusque de douleurs au niveau de l'œil gauche avec œdème palpébral, larmoiement très abondant, mais sans baisse de la vision. Le 17 janvier, elle a des frissons avec des douleurs très vives dans la région orbitaire, température à 40°. Elle entre à l'Hôtel-Dieu.

A l'examen, le 19 janvier, VoD = 1 ; VoG = 1.

La région périoculaire droite est normale. Du côté gauche, on note un œdème de la paupière supérieure assez considérable pour empêcher l'ouverture spontanée de la paupière, mais sans changement de coloration de la peau. Après avoir relevé la paupière supérieure, on aperçoit une légère rougeur de la conjonctive bulbaire, qui présente en même temps du chémosis marqué. Il existe des douleurs spontanées péri-orbitaires, irradiées dans toute la tête, mais surtout du côté

gauche. La douleur provoquée montre, que la pression sur le globe est peu douloureuse. Par contre, la pression sur la région du sinus frontal gauche est très douloureuse, de plus le regard à gauche provoque de la douleur.

Il existe une légère exophtalmie du côté gauche. Le reste de l'examen est négatif. Réactions pupillaires normales. Le fond de l'œil est aussi normal des deux côtés. Les mouvements de l'œil gauche sont un peu limités, mais il n'existe pas de diplopie.

L'écoulement nasal est séreux, nullement purulent, la température est à 39°7 le soir et 39°2 le matin.

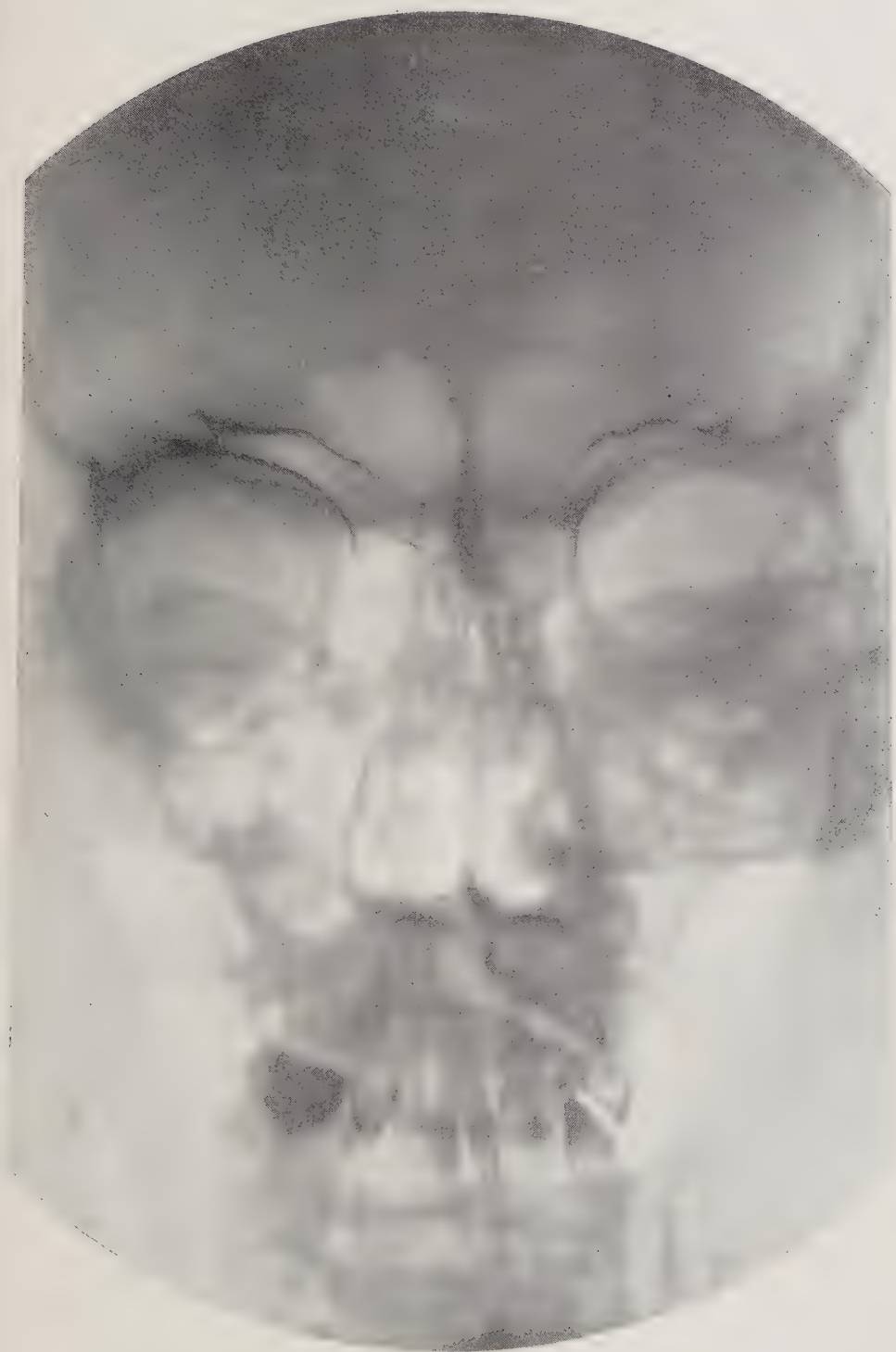
Le même état subsiste, pendant trois jours encore, avec une température oscillant entre 39° et 40°. Lorsque dans la nuit du 21 au 22 janvier se produit une détente soudaine de tous les symptômes, les maux de tête ont brusquement cessés. Au réveil, la malade s'est aperçu que l'écoulement nasal, toujours localisé au côté gauche, était devenu franchement jaune et purulent.

A l'examen, le matin, on constate une disparition à peu près complète des signes observés. Il n'y a plus ni œdème, ni exophtalmie, la limitation des mouvements oculaires a complètement disparu. Il n'existe plus de douleurs spontanées, par contre la région du sinus frontal gauche est toujours douloureuse à la pression. La température de ce jour est de 37°4.

On pratique un examen rhinoscopique. Du côté gauche, la muqueuse nasale est rouge et plus tuméfiée qu'à droite. Le méat moyen est encombré par du pus en abondance, qui se reproduit rapidement, quand on l'écouvillonne. Le sinus frontal est sensiblement plus obscur que le droit, légère opacité du sinus maxillaire. Toutes ces constatations ont été confirmées par l'examen de M. le Professeur Collet.

La radiographie (photo) pratiquée par M. le Docteur Malot, montre une légère diminution de luminosité au niveau du sinus frontal gauche. Le sinus maxillaire gauche s'éclaire moins bien que le droit, et on note au niveau de la région nasale une ombre surtout manifeste dans le méat moyen.

L'examen du pus sinusal pratiqué au laboratoire de la clinique a montré l'existence du pneumocoque.



Observation I. (Radiographie.)
Sinusite frontale gauche avec cellulite séreuse orbitaire.

Le drainage paraissant suffisant par les voies naturelles, on traite la malade par des inhalations antiseptiques.

Le 2 février, la malade quitte l'Hôtel-Dieu, il ne reste rien, sinon une légère douleur à la pression de l'angle interne gauche.

OBSERVATION II

(BERTEIN)

Cellulite orbitaire non suppurée compliquant un empyème du sinus frontal

M... Eugène, 20 ans, entré à l'hôpital militaire Desgenettes le 6 janvier 1923. Il a eu la grippe 15 jours auparavant, au décours de laquelle il s'est mis à souffrir de douleurs vives hémi-frontales gauches. Ces douleurs se sont aggravées depuis trois jours, en même temps que des signes oculaires apparaissaient.

Au moment de l'examen, on note en dehors d'une douleur vive à la pression de toute la zone de projection du sinus frontal gauche, une tuméfaction marquée des paupières. La supérieure recouvre entièrement l'œil. Soulevé, le globe apparaît projeté en avant. Injectée, la cornée est entourée d'un bourrelet chémotique surtout marqué en bas.

Diplopie. VCD = 1. A l'ophtalmoscope, la papille apparaît élargie et les veines dilatées.

Dans cet ensemble impressionnant, qui en impose pour un phlegmon orbitaire, on est frappé toutefois du peu de douleur ressentie à la pression du globe et du fait de la mobilisation, qui demeure possible. T = 37°8 seulement.

Diagnostic : sinusité frontale suppurée et cellulite orbitaire séreuse.

Intervention : Sous anesthésie locale : 1° trépanation du sinus frontal, large et rempli de pus ; 2° suture partielle ; 3° incision de l'orbite au niveau du plancher. Une pince poussée loin le long de l'os ne donne issue qu'à de la sérosité mêlée au sang.

Examen bactériologique : Pas de germes. La pipette renfermant le pus sinusal a été égarée.

Suites simples. Cicatrisation complète quinze jours après l'opération. Disparition de la diplopie. Vision normale à droite et à gauche.

— — — —

OBSERVATION III

(LEMAÎTRE)

Cellulite séreuse à type superficiel palpébral, compliquant une double sinusité frontale

Un jeune homme de 19 ans, porteur d'une double sinusité frontale aiguë, grippale, datant de trois à quatre jours, entre à l'hôpital Lariboisière, avec un œdème palpébral considérable. Cet œdème était tel que le sujet se trouvait dans l'impossibilité d'entr'ouvrir les paupières. Il s'agissait non d'un œdème inflammatoire, mais d'une infiltration séreuse. Par ailleurs, l'état général semblait sérieusement touché ; la température était de 40 degrés ; les douleurs spontanées étaient très violentes ; la palpation au niveau des sinus frontaux très pénible. Du pus, crémeux, existait en abondance dans les deux méats moyens ; il donnait l'impression de se drainer difficilement.

Le Docteur Sébilleau, qui vit le malade à son entrée, conseilla de ne pas intervenir ; des compresses chaudes furent appliquées en permanence sur les sinus frontaux ; des attouchements de cocaïne au 1/10 furent faits au niveau des méats moyens. En trois ou quatre jours, l'œdème s'était totalement résorbé, la température était redevenue normale, les douleurs avaient disparu ; la sinusité évolua dès lors comme une sinusité subaiguë banale.

— — — —

OBSERVATION IV

(LEMAITRE)

Cellulite profonde orbitaire, symptomatique d'une Sinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire

A..., soldat au 18^e régiment d'infanterie, est évacué du front le 8 mars 1918, avec le diagnostic de sinusite frontale gauche, œdème de la paupière supérieure et conjonctivite. Il convient de noter que, trois semaines auparavant, on a dû pratiquer l'avulsion de la deuxième prémolaire supérieure gauche douloureuse. Le malade arrive au centre d'oto-rhino-laryngologie le 9 mars. Mon ami Chouquet, chef du centre, le met en observation pendant un mois en raison de la variabilité des symptômes, qu'il observe, et me le présente le 9 avril. Nous décidons de faire passer ce malade dans mon hôpital où il est admis le 14 avril dans la division des « mixtes ophtalmologie ».

A cette époque, on est avant tout frappé par les symptômes orbitaires et oculaires ; il existe une exophtalmie légère, avec un abaissement du globe oculaire, que l'on peut évaluer à un centimètre environ ; en outre, il existe du ptosis inflammatoire avec œdème des paupières ; cet œdème très marqué au niveau de la paupière supérieure, est beaucoup moindre au niveau de la paupière inférieure ; il se continue avec l'œdème des régions sus et sous-orbitaires ; pas de chémosis ; pas de conjonctivite ; les mouvements conjugués du globe sont normaux ; la tension est normale. Les réflexes pupillaires, le fond de l'œil sont également normaux. VOG : 1/3.

La palpation au niveau du globe, au niveau du sinus frontal, de l'ethmoïde, et du sinus maxillaire ne détermine aucune douleur ; il n'existe pas et il n'a d'ailleurs jamais existé de douleurs spontanées.

L'état général est bon ; pas de température, pas d'insomnies. Tout se résume donc dans l'état local, que nous connaissons, et dans l'état des sinus, qui est le suivant : présence de pus au niveau du méat moyen gauche, et dans le cavum ; obscurité du sinus maxillaire gauche à la diapharmoscopia ; opacité très nette de ce sinus à l'examen radio-

graphique, alors que le sinus frontal gauche ne présente qu'une légère diminution de transparence, par rapport à son congénère au côté droit et que les ethmoïdes sont normalement transparents des deux côtés ; de plus, la plaie de l'alvéole de la deuxième prémolaire gauche n'est pas encore cicatrisée.

En présence de ces signes, on décide de ne pas intervenir et même de ne pas faire de ponction du sinus. On prescrit des attouchements de cocaïne au niveau du méat moyen, des inhalations, et des applications de compresses chaudes en permanence sur la région orbitaire.

19 avril. L'amélioration est très sensible ; l'œdème a notablement diminué. On supprime les applications chaudes.

21 avril. L'œdème réapparaît plus marqué que jamais ; le pus est plus abondant au niveau du méat moyen. On prescrit à nouveau l'usage des compresses chaudes en permanence.

25 avril. L'œdème a diminué ; le globe de l'œil encore abaissé à tendance à reprendre sa position normale : VOG = 2/3. Les pansements chauds sont continués.

30 avril. L'œdème a presque complètement disparu ; le globe est en position normale.

L'amélioration se poursuit régulièrement ; le 4 juin, il n'y a plus de pus dans les fosses nasales, la vision est tout à fait normale. VOG = 1/1. L'œdème a complètement disparu ; la guérison est donc complète et le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION V

(LEMAITRE)

Etat fluxionnaire simple, consécutif à une fronto-ethmoïdite chronique bilatérale, compliquée d'empyème maxillaire ; intervention, régression de l'état fluxionnaire.

M. D..., 58 ans, vient à ma consultation le 3 octobre 1902 pour obstruction nasale et écoulement purulent bilatéral ; ce dernier remontant à de longues années, sans qu'on puisse y trouver une cause bien précise.

Nous trouvons les fosses nasales remplies de polypes muqueux baignant dans la suppuration.

Aucune douleur spontanée, mais légère sensibilité à la pression des deux sinus frontaux qui s'éclairent mal.

Les deux sinus maxillaire s'éclairent normalement. L'extraction du polype pratiquée à l'anse froide montre, que l'éthmoïde participe à la suppuration pour son propre compte.

Le malade toutefois nous déclare vouloir s'en tenir à cette simple extraction.

Nous le revoyons le 24 février 1903. Il vient nous trouver pour une tuméfaction de la paupière supérieure droite, survenue sans douleur, et sans cause apparente, en quatre jours.

Il existe, en effet, un gonflement œdémateux et légèrement rosé de l'angle interne de la paupière supérieure, qui semble abaissée, sans déplacement net du globe oculaire. La pression au niveau de la face antérieure des sinus est plus sensible, qu'aux précédents examens. Le patient déclare spontanément que la sécrétion purulente a nettement diminué du côté droit, depuis que la tuméfaction palpébrale est apparue. Formations polypeuses reproduites dans les deux fosses nasales. Opacité des deux sinus frontaux ; opacité des deux sinus maxillaires jusque là parfaitement translucides (empyème probable).

Le malade accepte la trépanation des sinus frontaux. On pratique un Killian bilatéral, mais en respectant de chaque côté le plancher des sinus frontaux. Ni l'un ni l'autre ne présente de solution de continuité. Les sinus maxillaires, préalablement explorés, contiennent du pus, mais sans lésion de la muqueuse (empyème). Drainage externe des deux sinus frontaux pendant quarante-huit heures. Cicatrisation rapide des incisions frontales et disparition progressive en cinq jours de l'œdème palpébral. Malgré la résection soignée de l'éthmoïde au travers de la brèche paranasale, la suppuration ne se tarit jamais complètement, et nous devons, à plusieurs reprises, pratiquer des extractions de masses polypeuses par les voies naturelles.

OBSERVATION VI

(LEMAITRE)

Forme fluxionnaire d'origine ethmoïdale suivie, quatre ans après d'une forme suppurative à variété phlegmoneuse simple.

J. J..., dix ans et demi, a présenté, en février 1917, des accidents qui peuvent se résumer ainsi : céphalée deux à trois jours, puis œdème considérable de la paupière supérieure droite sans modifications de la coloration des téguments, sans douleurs, sans température, sans réaction générale. L'œdème immobilisa la paupière supérieure, qui ne peut être relevée ; en quelques jours, tout rentre dans l'ordre, bien qu'aucun traitement n'ait été appliqué. Le 23 décembre 1920, soit près de quatre ans après ces premiers accidents, l'enfant accuse de nouveau une céphalée violente : la température monte à 39 degrés. Le premier janvier 1921, apparaissent des douleurs orbitaires droites ; le 2, la paupière supérieure présente de l'œdème ; le 3, l'occlusion palpébrale est complète ; la peau est violacée, la palpation provoque une douleur assez vive au-dessus et en arrière du globe de l'œil. Le 4, chémosis de la conjonctive bulbaire avec exorbitis de l'œil droit. Le 7, le docteur Dor, appelé, porte le diagnostic de phlegmon de l'orbite, aux symptômes précédents s'ajoute de la fluctuation. Le 8, incision, qui donne issue à du pus provenant d'un abcès en bouton de chemise, filant dans la profondeur ; un stylet introduit dans l'ouverture, ainsi pratiquée, conduit sur un point profond d'ostéite, situé sur la paroi nasale de l'orbite. Drain qui assure l'évacuation du pus. Le 10, une radiographie, faite par le Docteur Badolle, ne permet pas de reconnaître le point d'ostéite ; elle indique seulement le développement anormal de la selle turcique et l'existence d'une énorme cellule ethmoïdale.

Le 12 janvier, l'amélioration ne s'accroissant pas, l'intervention est pratiquée par le Docteur Sargnon, assisté des Docteurs Dor et Fouassier. Le décollement périosté est minutieusement fait avec une fine et longue rugine, employée soit

directement, soit recouverte de gaze, et qui permet de décoller doucement, par refoulement, sans rien léser. L'angle supéro-interne est particulièrement surveillé, afin d'éviter, dans la mesure du possible, la diplopie, conséquence du décollement de la poulie du grand oblique ; les voies lacrymales, bien protégées au cours du décollement périosté, n'ont pas été aperçues.

On trouve un point osseux dénudé situé sur la paroi interne de l'orbite, à 3 centimètres de profondeur environ ; résection à la petite pince plate de Luc de l'unguis, de l'os planum, jusqu'à la zone ostéitique. La sonde cannelée, introduite par la fistule opératoire de la paupière supérieure (incision de l'abcès), conduit exactement sur ce point, qui montre un os dénudé mince et transparent. On ne note pas de cellules purpées nettement visibles. La résection osseuse de l'os planum n'est pas poussée plus loin ; son tiers postérieur est respecté. Par contre, une très large communication orbito-nasale est pratiquée par résection de la branche montante, et d'une partie de l'os propre du nez. Drainage eudo-nasal à la gaze avec suture cutanée totale et drainage de la fistule orbito-palpébrale à l'aide d'un petit drain caoutchouté. L'hémorragie a été peu abondante ; l'opération a duré une heure ; elle a été pratiquée sous anesthésie générale à l'éther.

Les suites opératoires sont parfaites. Le 14, on enlève le drain de la paupière et la grande mèche nasale est remplacée par une plus petite, enlevée elle-même deux jours après. Le 19, la plaie cutanée est presque fermée ; les sutures ont bien tenu ; la paupière est moins œdématiée ; le pli palpébral s'est reformé et le malade soulève sa paupière, ce qu'il n'avait pu faire jusqu'à ce jour. L'exorbitis s'est atténué, mais il persiste une diplopie notable. Le 20, on enlève les points de suture. Le 21, la plaie cutanée ne présente qu'une petite croûte vers l'angle inférieur de l'incision ; il n'y a pas de supuration eudo-nasale. Le 27, le malade quitte la clinique, la plaie est cicatrisée ; l'exorbitis a disparu ; la paupière se soulève de mieux en mieux. Il ne persiste qu'un certain empâtement au niveau de la cicatrice, pour lequel on conseille des massages, ainsi qu'une diplopie encore appréciable quoique très atténuée. A aucun moment le malade n'a présenté de lésions du fond de l'œil.

Le 3 mars, l'examen révèle que la paupière droite est encore moins mobile que la gauche ; par contre, la diplopie a disparu depuis déjà un mois. Un petit bourgeon au niveau de l'ethmoïde antérieur est enlevé ; la cicatrice est encore un peu rouge, il n'y a pas de trace de pus dans les fosses nasales ; les sinus sont clairs.

CONCLUSIONS

I. — A côté des suppurations orbitaires diffuses ou circonscrites, symptomatiques, des sinusites, il existe une cellulite séreuse non suppurée, sur laquelle nous désirons attirer l'attention. Il s'agit d'une infiltration œdémateuse, d'une fluxion intéressant le tissu celluloadipeux de l'orbite, et pouvant s'étendre au tissu cellulaire sous-conjonctival et palpébral.

II. — Cette affection se rencontre surtout chez les sujets jeunes, et à la suite d'une sinusite subaiguë, le plus souvent frontale, ou ethmoïdale, et plus rarement maxillaire.

III. — La cellulite séreuse orbitaire d'origine sinu-sique semble devoir être rangée dans le groupe des fluxions, symptomatiques d'une rétention purulente, d'une cavité de voisinage, comparable aux œdèmes infectieux de voisinage, qu'on observe par exemple dans la mastoïdite et la périostite alvéolo-dentaire.

IV. — Elle est caractérisée par un début brusque avec fièvre parfois élevée et revêt deux types cliniques différents: 1° un type profond orbitaire, dans lequel la fluxion frappe la loge rétro-bulbaire, et détermine une exophtalmie; 2° un type superficiel palpébro-conjonctival, dans lequel il y a œdème conjonctival et palpébral. Dans l'observation, recueillie à la

clinique de M. le Professeur Rollet, on note un type mixte, où il y a œdème orbito-palpébro-conjonctival.

V. — L'affection, qui semble devoir évoluer à grand fracas, faisant songer plus à un phlegmon ou à un abcès, disparaît brusquement, sans intervention au bout de quelques jours. Le pronostic immédiat est donc bénin, et la réaction fluxionnaire intense disparaît rapidement sous l'influence d'un traitement médical local.

VI. — Les cellulites séreuses orbito-palpébro-conjonctivales constituent donc un pseudo-phlegmon orbitaire, un pseudo-abcès palpébral. Il y a donc à éliminer l'idée de toute suppuration périoculaire. Il y aura lieu d'examiner attentivement l'état des sinus périorbitaires.

VII. — Le traitement consistera en des compresses chaudes appliquées sur l'œil, en des inhalations nasales. L'orbitotomie exploratrice au bistouri est préférable à la ponction à la seringue. Elle n'est indiquée que si le nerf optique est touché, la vision étant alors diminuée. Dans la suite il y aura lieu de traiter médicalement et plus souvent chirurgicalement le sinus en cause, frontal, ethmoïdal, maxillaire.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu :

ROLLET

**LE DOYEN,
Jean LEPINE**

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 6 Décembre 1923.

**LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
CAVALIER**

BIBLIOGRAPHIE

- ALQUIR. — La cellulite, ses caractères, ses causes. *Monde Médical*, 15 avril 1923.
- BAYLE. — La mucocèle du sinus frontal et ses signes orbito-oculaires. *Thèse de Lyon*, 1922.
- BERTEIN. — Cellulite séreuse orbitaire, non suppurée, complication d'un empyème du sinus frontal. *Société d'Ophtalmologie de Lyon*, mars 1923.
- BOURDON. — Etiologie et pronostic des phlegmons de l'orbite. *Thèse de Lyon*, 1921.
- BUCH. — *Casperwachench*, 1851.
- CACHERA. — De l'érysipèle à répétition. *Thèse de Paris*, 1891.
- CHEMINSON. — La sinusite nasale chez l'enfant. *Journal of laryngology*, octobre 1921.
- COUETTE. — Contribution à l'étude de la thrombo-phlébite orbitaire. *Thèse de Lyon*, 1920.
- DAMLON. — Complications orbitaires des cavités accessoires. *VIII^e Congrès de la Société Italienne d'O. R. L.*, 1921.
- DANLOS. — Eruptions cutanées à l'époque des règles. *Thèse de Paris*, 1874.
- DECROOQ. — Le phlegmon de l'orbite, symptomatique de sinusite frontale. *Thèse de Lyon*, 1920.
- DE LAPERSONNE. — Complications oculo-orbitaires des sinusites. *Société Française d'ophtalmologie de Paris*, mai 1902.
- Quelques manifestations orbitaires des sinusites. *Annales d'Oculistique*, 1898, p. 366.

- DELON. — Contribution à l'étude des sinusites fronto-ethmoïdales à manifestations orbitaires. *Thèse de Lyon*, 1898.
- HERBERT-TILLEY. — Recherches sur l'anatomie chirurgicale des sinus frontaux. *The Lancet*, septembre 1896.
- GUILLEMMAIN. — Les abcès des sinus frontaux, considérés dans leurs complications orbitaires. *Archives d'Ophthalmologie*, 1891, pp. 1 et 3.
- GUILLEMMAIN et TERSON. — Complications orbitaires et oculaires des diverses sinusites. *Gazette des Hôpitaux*, 1892, p. 392.
- LANNOIS. — Précis des maladies de l'oreille, du nez et du larynx. Paris, 1908.
- LAVRAND. — Erysipèle de la face, à répétition. *Journal des Sciences Médicales de Lille*, 4 mai 1895.
- LEMAITRE. — Les complications orbito-oculaires des sinusites. *Rapport à la Société Française d'O. R. L.*, 9 mai 1921.
- LERMOYEZ. — Des sinusites maxillaires et frontales. *Annales des Maladies de l'Oreille*, année 1902, p. 389.
- LUC. — Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne, des sinus et complications, 1900-1901.
- MALOT et SARGNON. — Rapport sur la radioscopie et la radiographie dans les sinusites de la face. *Congrès de Radiologie*, 1914.
- MICHEL. — Des abcès et fistules orbitaires dans le cours des sinusites frontales. *Thèse de Lyon*, 1898.
- MOREAU. — Des complications orbito-oculaires des sinusites sphénoïdales. *Thèse de Lyon*, 1905.
- MOURET. — Rapport du sinus frontal avec les cellules ethmoïdales. *Revue d'O. R. L.*, 16 novembre 1901.
- MOURET et SEIGNEURIN. — Le plancher orbitaire du sinus frontal. *Revue d'O. R. L.*, 31 janvier, 1921, n° 2.
- PANAS. — Traité des maladies des yeux. Paris, 1894.
- PECHIN. — Contribution à l'étude des complications oculaires des sinusites d'origine dentaire. *Revue d'Ophthalmologie*, année 1896, p. 204.

RATEAU-LANDEVILLE. — Les suppurations orbitaires consécutives aux sinusites maxillaires. *Thèse de Lyon*, 1921.

RIOLACCI. — Troubles oculo-orbitaires des sinusites frontales. *Thèse de Lyon*, 1897.

ROLLET. — Encyclopédie française d'ophtalmologie (*Sinusites maxillaires*, année 1909, tome VIII, p. 627. — *Anatomie du sinus maxillaire*, année 1903, tome I, p. 222).

— Coexistence des sinusites frontale et maxillaire. *Congrès des Sociétés savantes*. Paris, avril 1896.

— Des suppurations orbitaires consécutives aux sinusites maxillaires. *Association pour l'avancement des Sciences*, Saint-Etienne, 7 août 1897 et *Lyon Médical*, 5 septembre 1897.

— Etiologie des ostéites de l'orbite. *Lyon Médical*, 8 mars 1896.

ROLLET et BUSSY. — Phlegmon de l'orbite et phlegmon de l'œil. *Lyon Médical*, décembre 1920.

ROLLET et GRANDCLÉMENT. — Un cas d'abcès gazeux de l'orbite consécutif à une sinusite maxillaire. *Lyon Médical*, octobre 1905.

STANCULENU. — Rapports entre les sinus de la face et l'appareil orbito-oculaire. *Thèse de Paris*, 1902.

SCIEUR et JACOB. — Les fosses nasales et leurs sinus. Paris, 1907.

WEILL. — Des phlegmons de l'orbite consécutifs aux sinusites frontales. *Thèse de Montpellier*, 1907.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Chapitre Premier. — Notions anatomiques.	11
Chapitre II. — Etiologie	17
Chapitre III. — Pathogénie	21
Chapitre IV. — Anatomie pathologique	23
Chapitre V. — Symptomatologie	25
Chapitre VI. — Evolution et pronostic	31
Chapitre VII. — Diagnostic	33
Chapitre VIII. — Traitement.	41
Observations	43
Conclusions	53
Bibliographie.	55
